FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1958 N°

THESE 742

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

PAGES LOUIS

ANCIEN EXTERNE des HOPITAUX de PARIS

Né le 29 Octobre 1924 à CHALABRE (AUDE)

Présentée et soutenue publiquement le 1958

L'EVOLUTIVITE des ULCERES GASTRIQUES JUGEE en FONCTION de la SEMEIOLOGIE DOULOUREUSE

(A PROPOS de 82 OBSERVATIONS)

PRESIDENT : Monsieur le Professeur JUSTIN-BESANCON

R. VEZIN - 48, rue de la Santé - PARIS XIV°

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1958 N°

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

PAGES Louis

ANCIEN EXTERNE des HOPITAUX de PARIS

Né le 29 Octobre 1924 à CHALABRE (AUDE)

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Présentée et soutenue publiquement le 1958

L'EVOLUTIVITE des ULCERES GASTRIQUES JUGEE en FONCTION de la SEMEIOLOGIE DOULOUREUSE

(A PROPOS de 82 OBSERVATIONS)

PRESIDENT : Monsieur le Professeur JUSTIN-BESANCON

R. VEZIN - 48, rue de la Santé - PARIS XIV°

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BENARD (H.), BROCQ (P.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CARNOT (P.), CHABROL (Et.), CHAMPY (C.), CHEVASSU (M.), DEBRE (R.), DELBET (P.), DONZELOT (E.), CASTINEL (P.), GUILLAIN (G.), HALPHEN (E.), HARMIER (P.) LAROCHE (G.), LAUBRY (Ch.), LEMAITRE (F.), LEVY-SOLAL (E.), LHERMITE (J.) LIAN (C.), LOEPER (M.), MARION (G.), MATHIEU (P.), MOCQUOT (P.), MONDOR (H.), MULON (P.), OLIVIER (E.), RICHET (Ch.), SANNIE (Ch.), SEZARY (A.), TANON (L.), VELTER (E).

Doyen : ..... Léon BINET
Membre de l'Institut

Assesseur : ..... Jean VERNE.

I.- PROFESSEURS

Anatomie		CORDIER (G.)
Anatomie Pathologique		DELARUE (M.)
Bactériologie		FASQUELLE (R.)
Biochimie Médicale		JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Educ. Phy. et Sports		CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie Médicale		FAUVERT (R.)
Cancérologie Médicale et sociale		BERNARD (J.)
Clinique de cardiologie		MOUQUIN (M.)
Cliniques Chirurgicales	Beaujon	SICARD (A.)
	Cochin	QUENU (J.)
	Hôtel-Dieu	MENEGAUX (C.)
	Salpêtrière	MOULONGUET (P.)
Clinique Chirurg. réparatrice et orthopédique		MERLE D'AUBIGNE (R.
Clinique de Chirurgie cardio-vasculaire		de GAUDART-d'ALLAINES(
Clinique de Chirurg. infantile et orthopédie		FEVRE (M.)
Clinique de Chirurgie pleuro-pulmonaire		MATHEY (J.)
Clinique gynécologique		FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants		CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale		DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang		MARCHAL
Clinique des maladies du système nerveux		ALAJOUANINE (T.)
Cliniques Médicales	Bichat	JUSTIN-BESANCON (L
	Broussais	DE GENNES (L.)
	Cochin	MOREAU (R.)
	Hôtel-Dieu	BARIETY (M.)
Clinique Méd. d'Hydro-climatologie thérapeutique		DEBRAY (C.)
Clinique Médicale propédeutique	PASTEUR	VALLERY-RADOT (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition		BOULIN (R.)
Clinique de neuro-chirurgie		PETIT-DUTAILLIS (D
Cliniques Obstétricales	Baudelocque	LACOMME (M.)
	Port-Royal	VARANGOT (J.)

Clinique d'Obstétrique et de gynécologie	LANTUEJOUL (P.)
Clinique Ophtalmologique	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN (A.)
Clinique de pneumo-phtisiologie	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER (G.)
Clinique de puériculture	LELONG (M.)
Clinique rhumatologique médicale et sociale	COSTE (F.)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Génétique médicale	LAMY (M.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	SOULIE (P.)
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et clinique de la première enfance	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Médecine du travail	DESOILLE (H.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GALLIARD (H.)
Pathologie Chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel)	MERKLEN (F.)
Pathologie médicale	DECOURT (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (J.)
Pédiatrie sociale	MARIE (J.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel)	DOGNON (A.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESCREZ (H.)
Technique chirurgicale	PATEL (J.)
Thérapeutique	BROUET (G.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE
MAITRES de CONFERENCES-AGREGES et AGREGES

Anatomie	DELMAS (A.) pr s.ch. CABROL (C.) DEBEYRE (J.) OLIVIER (G.)
Anatomie Pathologique	GAUTHIER-VILLARD MlleP. pr.s.ch. BUSSER (F.) GOUYGOU (Ch.)
Bactériologie	NEVOT (A.) pr.s.ch. CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	ETTORI (J.) pr.s.ch. DESCREZ (P.) POLONOVSKI (J.) SCHAPIRA (R.)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548803_0072

Biologie Médicale	BOURLIERE (F.)
Dermato-syphiligraphie	DUPERRAT (F?)
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
	COUJARD (F.
Histologie	N ...
	N ...
Hydrologie	CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) pr.s.ch.
	DEPARIS (M.) pr.s.ch.
Maladies Infectieuses	BASTIN (R.)
	DEROBERT (L.) pr.s.ch.
Médecine légale	GAULTIER (M.)
	HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (G.)
Neuro-chirurgie	DAVID (M.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
	GRASSET (J.)
	LE LORIER (G.)
	LEPAGE (F.)
Obstétrique	MERGER (P.)
	MORIN (P.)
	RAVINA (J.)
	ROBEY (M.)
	BREGEAT (P.)
Ophtalmologie	DESVIGNES (P.)
Orthopédie	JUDET (R.)
	AUBRY (M.)
Oto-rhino-laryngologie	MADURO (R.)
	BRUMPT (L.G.)
Parasitologie	CHABAUD (A.)
	ABOULKER (P.)
	BARGAT (J.)
	BAUMANN (J.)
	CAUCHOIX (J.)
	DUBOST (C.)
	FAUREL (J.)
	FLABEAU (F.)
	GERMAIN (A.)
Pathologie chirurgicale	GOSSET (J.)
	LAURENCE (G.)
	LORTAT-JACOB (J.)
	MATHEY (J.)
	OLIVIER (Cl.)
	POILLEUX (F.)
	THOMERET (G.)
	VERNE (J.M.)
	LOEPER (J.)
Pathologie expérimentale	MAURICE (P.)

Pathologie médicale	BOUDIN (G.) BOUVIER (J.B.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) CASTAIGNE (P.) CONTE (M.) DEROT (M.) DOMART (A.) LAMOTTE (M.) LAROCHE (C.P.) MAGREZ (C.) MILLIEZ (P.) PEQUIGNOT (H.) PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) ROYER (P.) THIEFFRY (St.) TURIAF (J.) WOLFROMM (R.) N ...
Pédiatrie	JOSEPH (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKY (Cl.)
Pharmacologie	CHEYNOL (J.) pr.s.ch. LEVY (Mlle J.) pr.s.ch.
Physiologie	BARJETON (D.) pr.s.ch. PARROT (J.) pr.s.ch. DEJOURS (P.)
Physique Médicale	DJOURND (A.) pr.s.ch. GOUGEROT (L.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	MICHAUX (L.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)
Urologie	KUSS (R.)

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES de COURS de CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

Clinique chirurgicale	AMELINE (A.) HUGUIER (J.) LEGER (L.) PADOVANI (P.) ROUX (M.)
Clinique médicale	DREYFUS (Gilbert) HAGUENEU (J.) pr.s.ch. KOURILSKY (R.) MARCHAL (G.)
Clinique neurologique	DE SEZE (S.)
Clinique obstétricale	MAYER (M.)
Clinique ophtalmologique	OFFRET (G.)
Clinique pédiatrique	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)

==========

Secrétaire général de la Faculté ..... M. MOREL (J.)
Secrétaire ..... Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur, chargé de la direction .... M. le Dr. HAHN(A.)
Conservateur ..... Mlle GOICHON (A.)
Bibliothécaires ..... Mlles DUMAITRE (P.)
LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIEVREUX (E

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la Mémoire de mon Grand-Père

le Docteur L A F F I T T E

Sa longue carrière faite
tout entière de dévouement
et de désintéressement
restera pour nous le
meilleur des exemples.

A MON PERE,

A MA MERE,

En témoignage de
ma profonde affection .

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur JUSTIN-BESANCON

Professeur de Clinique Médicale
Membre de l'Academie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

Il nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre Jury de Thèse.

Qu'il nous soit permis de lui exprimer notre respectueuse reconnaissance.

A NOTRE MAITRE,

Monsieur le Docteur A. LAMBLEMG

Médecin des Hôpitaux de PARIS

Chevalier de la Légion d'Honneur

La rigueur de son enseignement
a fait notre admiration.

Nous le remercions de nous
avoir permis d'effectuer
ce travail dans son service
et nous le prions de trouver
ici l'expression de notre
respectueuse gratitude.

A Monsieur le Docteur BONFILS

Médecin des Hôpitaux de PARIS,

Il a bien voulu nous confier
le sujet de cette thèse
et nous a guidé dans sa
réalisation.

Nous le remercions bien
vivement de ses précieux
conseils et de l'aide
active qu'il nous a apportée.

A MONSIEUR le DOCTEUR J.J. BERNIER

Médecin-Assistant des Hôpitaux de PARIS,

A MONSIEUR le DOCTEUR J. SOULLARD

Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de PARIS,

Médecin-Assistant à l'Hôpital BICHAT,

A MONSIEUR le DOCTEUR A. GUERET

Radiologue à l'Hôpital B I C H A T,

QU'ILS VEUILLENT BIEN TROUVER ICI le TEMOIGNAGE de NOTRE VIVE RECONNAISSANCE pour l'ENSEIGNEMENT FRUCTUEUX DONT ILS NOUS ONT FAIT BENEFICIER.

A NOTRE MAITRE

Monsieur le Docteur J. C A R O L I

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

Chevalier de la Légion d'Honneur,

Nous n'oublierons pas le remarquable enseignement qu'il nous a prodigué dans son service et la bienveillance constante qu'il nous a témoignée.

Qu'il nous permette de lui exprimer toute notre reconnaissance et notre respectueux attachement.

A NOS MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS :

MONSIEUR le DOCTEUR A. RICHARD,
Chirurgien des Hôpitaux de Paris,

MONSIEUR le PROFESSEUR VARANGOT,

MONSIEUR le DOCTEUR J. VIGNALOU,
Médecin des Hôpitaux de Paris,

MONSIEUR le DOCTEUR A. LAMBLING,
Médecin des Hôpitaux de Paris,

MONSIEUR le DOCTEUR P. HILLEMAND,
Médecin des Hôpitaux de Paris,

MONSIEUR le DOCTEUR J. CAROLI,
Médecin des Hôpitaux de Paris,

RESPECTUEUX HOMMAGE.

INTRODUCTION

Rien n'est plus difficile à établir que le pronostic de l'ulcère de l'estomac . Alors que certains semblent bien tolérés et se réduire à une infirmité douloureuse de quelques jours par an, d'autres sont la source d'un état algique entravant la vie sociale ou de complications parfois mortelles .

Ayant eu la possibilité d'examiner un nombre relativement important de dossiers de malades atteints d'ulcères de l'estomac suivis à la consultation et dans le service du Docteur LAMBLING, il nous a semblé intéressant ,pour étudier ce problème pronostique, de prendre en quelque sorte les données à rebours, à savoir ,

d'étudier les cas ulcéreux suivis durant une période minimum de cinq ans ,

d'apprécier chez eux l'évolutivité de la maladie et

de chercher à préciser si certaines caractéristiques de terrain , de symptomatologie clinique, de biologie, de siège ... ne répondaient pas à une évolutivité particulière .

Nous avons pris comme axe d'étude la périodicité douloureuse . Ce critère pris isolément est certainement critiquable, mais la douleur est malgré tout un des inconvénients majeurs de l'ulcère, le symptôme qui mène habituellement le malade à consulter et, de ce fait, un des plus simples à apprécier .

Dans ces conditions, le problème se résoud essentiellement à ceci :

Sur la population choisie, y a-t-il un parallélisme entre la plus ou moins grande fréquence de la périodicité douloureuse et le potentiel évolutif de l'ulcère, à savoir :

La guérison ou la persistance de la lésion ;

L'existence d'hémorragies ,

La multiplicité des ulcères sur l'estomac
ou hors de l'estomac ,

Enfin, le retentissement général ?

Faute d'avoir trouvé un travail comparable dans la littérature médicale, nous ne donnerons aucune référence bibliographique. Nous pensons d'ailleurs que notre expérience n'est valable que pour nous-mêmes ou à la rigueur pour les hôpitaux parisiens, étant donnée la multiplicité des facteurs raciaux, géographiques, sociaux, économiques et psychologiques qui interviennent dans l'évolutivité des ulcères .

Nous étudierons successivement :

I.- Les caractéristiques globales de la population choisie

II.- Les rapports entre le rythme douloureux de ces malades et l'évolutivité de leur ulcère sous trois angles essentiels :

1.- Caractéristiques de sexe, d'âge, de siège .. en fonction du rythme douloureux .

2.- Possibilités de guérison jugées sur l'état clinique et radiologique des malades au dernier examen .

3.- Relations entre le rythme douloureux et l'apparition d'éventuelles complications .

CHAPITRE PREMIER

CRITERES DE CHOIX ET CARACTERISTIQUES de la POPULATION D'ULCEREUX ETUDIEE

Sur un total de 2.450 malades atteints d'affections digestives, vus dans le service du Docteur LAMBLING au cours des quatre dernières années (janvier 1954 - janvier 1958) nous avons relevé 553 cas d'ulcères , dont

292 bulbaires (52 %)

219 gastriques (40 %)

et 42 de siège mal déterminé (malades vus pour la pramière fois après gastrectomie dont le compte-rendu opératoire est imprécis).

A.- CRITERES DE CHOIX

Du groupe des 219 ulcères gastriques, nous avons d'abord éliminé 44 cas

soit parce que les renseignements cliniques étaient insuffisants,

soit parce que les documents radiologiques faisaient défaut ,

soit parce que le diagnostic d'ulcère n'avait pu être posé de façon formelle .

Les 175 ulcères restants concernent des opérés (62 cas) et des malades suivis médicalement depuis plusieurs années (113 cas) .

De ce groupe, qui nous servira de base de comparaison, ont été retenus pour ce travail :

82 observations concernant des malades

- chez qui le diagnostic radiologique est absolument certain ;
- dont l'évolution clinique de l'ulcère est supérieure à 5 ans ;
- et n'ayant subi qu'un traitement médical .

B.- CARACTERISTIQUES GLOBALES DE LA POPULATION CHOISIE

Nous étudierons ici les caractéristiques d'âge, de sexe et de siège de l'ulcère sur l'estomac et nous verrons dans quelle mesure elles sont comparables à celles du groupe plus large des 175 ulcères gastriques précédemment défini .

a.- FREQUENCE ET AGE

Nous avons pris comme terme de référence l'âge de l'ulcéreux au moment des premiers symptômes évocateurs, que le diagnostic radiologique ait été contemporain ou non de cette première poussée de la maladie .

La lecture du Tableau I montre :

1.- que 96 % de cette population a un âge compris entre 20 et 70 ans, dont 67 % entre 30 et 60 ans ;

2.- que la répartition par classes d'âge est sensiblement la même dans les deux groupes considérés

TABLEAU I

FREQUENCE DES ULCERES EN FONCTION DE L'AGE

Age	Groupe des 175		Groupe des 82	
	Nombre	%	Nombre	%
Moins de 20 ans	5	2,8	2	2,4
20 - 29	27	15,4	15	18,3
30 - 39	44	25,1	17	20,7
40 - 49	43	24,5	22	26,8
50 - 59	34	19,4	16	20
60 - 69	18	10,2	9	11
70 et plus	4	2,3	1	1,2

b.- FREQUENCE SELON LE SEXE

Parmi les 82 malades de la population étudiée , on trouve

54 hommes , soit 66 %

et 28 femmes , soit 34 % .

Comparant ces chiffres avec ceux tirés du groupe global des 175 ulcères gastriques qui comprend 132 hommes (75 %) et 43 femmes (25 %) , on note dans la répartition respective des sexes une différence qui s'explique par le fait que, parmi les 62 opérés de ce groupe , 7 seulement sont des femmes et 55 des hommes , l'indication de la gastrectomie étant ,pour diverses raisons, plus facilement portée chez l'homme .

c.- FREQUENCE RELATIVE DES DIFFERENTS SIEGES SUR L'ESTOMAC GLOBALEMENT ET EN FONCTION DU SEXE

L'examen du Tableau II permet de dégager quelques faits :

1.- La fréquence du siège sur la petite courbure verticale 29 cas sur 82,soit 35 % .

et la fréquence des ulcères doubles et multiples ; mais ces chiffres sont comparables dans les deux groupes de malades.

2.- La rareté relative par contre des ulcères du pylore dans la population qui nous intéresse; mais nous avons remarqué que , parmi les 62 ulcères gastriques opérés, les plus nombreux étaient justement les ulcères pyloriques (27 % des opérés).

3.- La particulière fréquence chez la femme des ulcères de la petite courbure verticale de même que ceux des faces ; enfin, la rareté relative chez elle des ulcères multiples.

TABLEAU II

REPARTITION SUIVANT LE SIEGE GLOBALEMENT ET EN FONCTION DU SEXE

	Groupe des 175		Groupe des 82			
Siège	Nombre	%	Nombre	%	% chez les hommes	% chez les femmes
Double	22	12	10	12	13	10,7
Multiple	17	10	10	12	16,6	3,5
Pylore	27	15,4	5	6	5,5	7,2
P.C.horizont.	15	8,6	7	8,5	9,2	7,2
angle	20	11,4	13	16	16,6	14,3
P.C.verticale	47	27	29	35	31,5	42,8
Sous-cardial	5	2,8	2	2,4	3,7	
Face	8	4,5	6	7,3	3,7	14,3
Gastrique, de siège non exact.précisé	14	8	0			

CHAPITRE DEUXIEME

RAPPORTS ENTRE LE RYTHME DOULOUREUX DES MALADES et L'EVOLUTIVITE DE LEUR ULCERE

Sur cette population de 82 malades suivis médicalement depuis plus de 5 ans, nous avons cherché à savoir quelle était la tendance évolutive spontanée de la maladie et l'action éventuelle de la thérapeutique et à préciser si à différents degrés d'évolutivité répondait un type particulier de malades .

L'étude des observations montre que tous les ulcéreux n'ont pas souffert de la même manière au cours de l'évolution de leur maladie :

- certains ont présenté des poussées douloureuses multiples, entrecoupées de périodes d'accalmie , parfois réduites à quelques semaines ;
- d'autres, au contraire, n'ont accusé que de rares épisodes douloureux séparés par de très longs intervalles de sédation de plus de 10 ans ;
- la plupart ont vu leurs périodes d'accalmie réduites à quelques mois .

C'est en fonction de cette variabilité du rythme douloureux et de cette capacité plus ou moins importante de quiescence de l'ulcère gastrique que nous avons essayé de caractériser l'évolutivité de la maladie .

La plus longue période de sédation observée dans chaque cas nous a paru traduire assez fidèlement cette capacité de quiescence pour que nous la prenions comme base de discrimination .

Nous avons été ainsi amené à distinguer 4 catégories de malades :

Le Groupe I comporte 17 malades (20 %) dont la plus longue période d'accalmie est au plus égale à 6 mois ; il s'agit là essentiellement de malades qui pendant un minimum de 5 ans ont souffert de façon presque permanente.

Le Groupe II est formé de 32 malades (40 %) dont la plus longue période de sédation est supérieure à 6 mois, mais inférieure à 3 ans .

Le Groupe III est de 24 malades (29 %) dont la plus longue période de sédation est comprise entre 3 et 10 ans .

Le Groupe IV de 9 malades (11 %), période égale ou supérieure à 10 ans,

Au total , les Groupes I et II ,dont la plus longue période d'accalmie est inférieure à 3 ans, représentent 60 % des malades ;

les Groupes III et IV , dont la plus longue période d'accalmie est égale ou supérieure à 3 ans, représentent 40 % des malades .

Dès lors, en fonction de cette périodicité douloureuse, trois sortes d'études peuvent être menées tendant à préciser :

A.- Si chacun de ces groupes correspond à un type particulier de malades, quant aux facteurs étiologiques, à la symptomatologie clinique, à la biologie et aux données radiologiques ;

B.- Si les possibilités de guérison pour chaque type de malade, jugées sur leur état clinique et radiologique au dernier examen, sont fonction du type de périodicité douloureuse correspondant ;

C.- S'il existe enfin une relation entre le rythme douloureux plus ou moins accéléré de ces ulcéreux et l'apparition d'accidents évolutifs tels qu'hémorragies digestives où la coïncidence d'ulcères doubles ou multiples .

Nous verrons ainsi en conclusion dans quelle mesure notre classification tendant à caractériser le degré du potentiel évolutif de l'ulcère gastrique en fonction de la qualité du rythme évolutif de la douleur correspond à une réalité et doit être maintenue .

A.- CARACTERISTIQUES PARTICULIERES à CHACUN DES GROUPES DE MALADES ENVISAGES

Pour déterminer si chacune des 4 catégories de malades, distinguées selon la plus longue période de sédation, correspond à un type particulier de malades , nous étudierons successivement en fonction de celles-ci :

les facteurs étiologiques ,

la symptomatologie clinique ,

la biologie,

enfin, les données radiologiques

relevés dans la population choisie .

I.- LES FACTEURS ETIOLOGIQUES

a.- Sexe :

La proportion relative d'hommes et de femmes est comparable dans chacun des 4 groupes , en moyenne 66 % d'hommes
34 % de femmes.

b.- Age :

- Dans le Groupe I ,nous ne relevons que 5 cas d'ulcères ayant débuté cliniquement avant 30 ans, sur un total de 13 malades ; il ne semble donc pas que l'ulcère du sujet jeune soit automatiquement un ulcère particulièrement évolutif ou en tout cas à poussées douloureuses subintrantes .

- Dans le Groupe IV , il n'existe aucun malade dont l'ulcère ait débuté après 50 ans, ce qui ne saurait étonner puisque l'âge moyen des malades de ce groupe est de 59 ans et que leur ulcère évolue depuis au moins 10 ans .

- Dans les groupes II et III la répartition suivant l'âge ne permet pas d'établir de différence .

-Notons enfin qu'aucun des 9 malades dont l'ulcère a débuté après 60 ans ne se trouve dans le Groupe I,donc n'a présenté de poussées douloureuses de façon permanente .

c.- Profession :

Sur 82 malades, 17 sont sans profession ou ne l'ont pas signalée ; 41 sont des salariés qui se répartissent de façon comparable entre les 4 groupes , de même que les 24 autres malades de professions diverses .

d.- Antécédents morbides associés :

Nous en avons retrouvé dans un cas sur deux,mais là encore leur répartition est comparable dans les 4 groupes .

e.- Antécédents digestifs pré-ulcéreux :

Il s'agit essentiellement de troubles fonctionnels digestifs qui dans un certain nombre de cas ont précédé, parfois de plusieurs années, l'apparition d'un syndrome ulcéreux évocateur; fait important, lorsque cette symptomatologie était douloureuse ses caractères ont été bien différents de ceux de la douleur ulcéreuse apparue ultérieurement et le passage de l'une à l'autre a toujours été souligné par les malades .

Sur 18 malades ayant présenté des antécédents digestifs pré-ulcéreux tels qu'ils viennent d'être définis, 15 se situent dans le Groupe I - II ; nous verrons à propos de la biologie quelle signification on peut accorder à ces faits .

Quoiqu'il en soit, sur le plan pronostic, l'absence de tels antécédents lors de l'apparition d'un ulcère peut faire espérer que son potentiel évolutif ne sera pas trop important .

II.- LA SYMPTOMATOLOGIE CLINIQUE

a. Nous avons considéré comme typiques les syndromes ulcéreux dont la douleur, à allure de crampes épigastriques, était
à la fois rythmée dans la journée ;
et périodique dans l'année ;

comme atypiques ceux chez lesquels un de ces deux caractères essentiels de la douleur ulcéreuse était absent .

Nous avons classé dans le Groupe des Syndromes hyperthéniques, ceux dont le symptome essentiel était une brûlure, sans rythme ni périodicité nets , volontiers associée à des aigreurs ou du pyrosis ; et dans celui des Syndromes hypothéniques ,ceux chez lesquels les manifestations les plus habituelles étaient la gêne épigastrique , l'impression de lourdeur et de pesanteur, le ballonnement abdominal; ensemble apparaissant en règle aussitôt après le repas .

b. Globalement, nous avons relevé :

48 % de syndromes ulcéreux typiques et

30 % de syndromes ulcéreux atypiques .

Dans les différents groupes, les pourcentages restent voisins : l'allure des symptomes cliniques initiaux ne peut donc permettre de prévoir dans quel groupe se rangera ultérieurement le malade .

Par contre, en regroupant d'une part les catégories I et II , d'autre part les catégories III et IV et en comparant dans ces deux nouveaux groupes l'ensemble des syndromes hyperthéniques et hypothéniques associés, on remarque que ceux-ci se retrouvent dans une proportion de

14 sur 49 malades dans le Groupe I - II

contre 6 sur 33 dans le Groupe III-IV .

Si l'on admet que ces syndromes traduisent cliniquement un état gastritique, il semble que celui-ci soit plus fréquent dans les catégories de malades à périodicité brève .

III . - LE CHIMISME GASTRIQUE

Une explication de ces faits pourait être donnée par le tubage gastrique .

a.- Technique employée et chiffres normaux :

- La technique utilisée est celle du tubage à l'histamine telle qu'elle a été décrite par A. LAMBLING et J.R.GOSSET.

- Chez le sujet normal ,

  . le volume après histamine de la sécrétion gastrique va de 150 à 250 cm3 .

  . la normochlorhydrie est comprise entre 44 et 84 milli-équivalents, les chiffres inférieurs à 44 étant dits Hypochlorhydrie et les chiffres supérieurs à 84 hyperchlorhydrie .

b.- Résultats :

Un tubage gastrique a été pratiqué dans un peu plus de la moitié des cas (44 fois sur 82) .

L'association normosecrétion-normochlorhydrie se retrouve 3 fois sur 24 dans le Groupe I - II

et 3 fois sur 20 dans le Groupe III-IV .

Par contre, l'association hyposécrétion-hypochlorhydrie est notée

7 fois sur 24 dans le Groupe I - II

et 3 fois sur 20 dans le Groupe III-IV ,

traduisant une souffrance de la muqueuse gastrique deux fois plus fréquente dans le premier groupe dont l'évolutivité paraît cliniquement plus importante que dans le second groupe .

IV.- LE SIEGE DE L'ULCERE

- Nous avons vu (page 6) la répartition des ulcères gastriques suivant leur siège d'une part sur l'ensemble de la population choisie , d'autre part selon le sexe .

- L'étude des mêmes corrélations dans chacun des groupes de malades envisagés permet de dégager quelques faits particuliers ,(Tableau III) :

a.- Globalement ,

Dans le Groupe I , la fréquence relative par rapport aux autres groupes des ulcères de la petite courbure horizontale et de l'angle (7 / 17 , soit 41 %) , et celle des ulcères sous-cardiaux .

Dans le Groupe II , la fréquence remarquable des ulcères de la petite courbure verticale (14/32 , soit 43,8 %) .

Dans le Groupe III ,la fréquence par rapport aux autres groupes des ulcères de l'angle .

Dans le Groupe IV , la fréquence relative des ulcères du pylore (2/9)

TABLEAU III

REPARTITION PAR GROUPE DES ULCERES SUIVANT LE SIEGE

GLOBALEMENT ET EN FONCTION DU SEXE

	Groupe I				Groupe II				Groupe III				Groupe IV			
Siège	H.	F.	Tot.	%	H.	F.	Tot.	%	H.	F.	Tot.	%	H.	F.	Tot.	%
le	1	0	1	5,9	3	1	4	12,5	2	2	4	16,6	1	0	1	11,1
ple	1	1	2	11,7	4	0	4	12,5	2	0	2	8,3	2	0	2	22,2
e	0	0	0		1	1	2	6,2	0	1	1	4,1	2	0	2	22,2
horizont.	2	2	4	23,5	1	0	1	3,1	2	0	2	8,3	0	0	0	
	2	1	3	17,6	2	1	3	9,4	5	1	6	25	0	1	1	11,1
verticale	3	1	4	23,5	6	8	14	43,8	6	2	8	33,3	2	1	3	33,3
-cardial	2	0	2	11,7	0	0	0		0	0	0		0	0	0	
	0	1	1	5,9	2	2	4	12,5	0	1	1	4,1	0	0	0	
	11	6	17	100	19	13	32	100	17	7	24	100	7	2	9	100

Il semble donc que les ulcères de la petite courbure horizontale et les ulcères sous-cardiaux soient les moins bien tolérés ,contrairement à ceux de la petite courbure verticale qui sont moins souvent à périodicité brève .

b.- En fonction du sexe

Le Groupe II est caractérisé par le fait que 8 des 13 femmes qui en font partie ont un ulcère de la petite courbure verticale .

Si l'on remarque que, sur les 28 femmes de la population globale, 12 ont également un ulcère de la petite courbure verticale, on peut admettre qu'une femme chez qui est découvert un ulcère de la petite courbure verticale se placera deux fois sur trois dans le groupe II et par conséquent aura quelques chances de ne pas faire partie de la catégorie d'ulcéreux la plus défavorisée quant à la fréquence des poussées douloureuses .

En définitive , il est difficile de faire correspondre à chacun des groupes étudiés un type particulier de malades .

Mises à part quelques notions intéressantes concernant le siège sur l'estomac des ulcères, seule peut être retenue comme caractéristique l'éxistence dans le Groupe I-II de signes cliniques et biologiques de souffrance de la muqueuse gastrique dans une proportion de cas significativement plus élevée que dans le Groupe III-IV .

B.- ETAT DES MALADES AU DERNIER EXAMEN

Le dernier examen subi par chacun de ces malades a été pratiqué après 5 ans au moins d'évolution de leur ulcère .

1.- Afin d'envisager dans quelle mesure, après un tel délai, il est permis d'espérer une éventuelle guérison, nous nous proposons d'étudier dans l'ensemble , puis dans chaque groupe :

- d'une part à quelle occasion ces malades ont été revus ,
- d'autre part quel était l'état radiologique de leur ulcère, lors de cette dernière revision .

Nous essayerons au passage de voir si la qualité du traitement antérieurement suivi permet d'expliquer les constatations cliniques et radiologiques ,

et dans quelle proportion les malades non guéris ont conservé la faculté de répondre favorablement à un nouvel essai thérapeutique .

2.- En conclusion, nous verrons s'il existe un parallélisme entre possibilités de guérison et fréquence du rythme évolutif .

I.- ETAT CLINIQUE DES MALADES AU DEBUT DE LA DERNIERE REVISION

1.- Dans l'ensemble :

C'est avant tout à l'occasion d'une poussée douloureuse que les malades ont été revus : 75 % des cas (62/82); parfois à la suite d'une complication, en règle hémorragie digestive : 5 % (4/82) .

Mais dans 20 % des cas (16/82) les malades ne souffraient pas : ils revenaient soit sur convocation, soit spontanément pour examen systématique après traitement médical .

2.- Dans les 4 groupes associés deux à deux :

la comparaison dans le Groupe I - II

et dans le groupe III-IV du nombre de malades ne présentant plus de douleurs au dernier examen fait apparaître que la proportion de ceux-ci est nettement plus importante dans le second groupe (27 %) que dans le premier (14 %) .

Mais le fait que cette différence de répartition est infirmée par les résultats de l'examen radiologique (voir Tableau IV) empêche de l'utiliser comme argument d'orientation en faveur d'une éventuelle guérison .

II.- ETAT RADIOLOGIQUE DES MALADES AU DEBUT DE LA DERNIERE REVISION

1.- Dans l'ensemble :

80 malades ont été radiographiés à l'occasion du dernier examen .

a.- Chez 23 d'entre eux , soit dans 28,8 % des cas ,

aucune niche n'a pu être mise en évidence ;

ce pourcentage plus élevé de malades, radiologiquement indemnes, comparé aux 20 % de malades cliniquement asymptomatiques traduit simplement le fait qu'un certain nombre de rechutes cliniques ne s'accompagne pas de rechute radiologique ou du moins, si une ulcération existe, elle est trop discrète pour comporter une traduction radiologique .

Avant de soulever l'hypothèse d'une éventuelle guérison,il est essentiel de remarquer que parmi ces 23 malades, moins de la moitié seulement (10/23) étaient indemnes de rechute clinique et radiologique depuis plus d'un an ; nous discuterons ultérieurement à propos de chaque groupe, la façon dont on peut interpréter ces faits .

En tout cas,il faut souligner un point important :

96 % des malades chez lesquels le dernier examen radiologique n'a pas retrouvé de niche avaient suivi antérieurement un

traitement correct et prolongé de plusieurs mois .

b.-Il n'en est pas de même en effet chez les malades porteurs d'une niche au début de la dernière revision et qui représentent 71 % des malades radiographiés (57/80) : 31 % seulement d'entre eux (18/57) s'étaient soumis à un traitement d'attaque,suivi d'un traitement d'entretien suffisamment prolongé .

En ce qui concerne les possibilités de réponse à un nouvel essai thérapeutique, elles sont intactes dans au moins la moitié des cas ,puisque 30 sur 57 des malades sont revenus se faire radiographier après traitement et que dans 16 cas la lésion avait disparu .

2.-Dans chacun des 4 groupes :

Groupe I (17 cas)

a. Malades à coup sûr non guéris :

- 12 malades sur 17 présentaient une niche au début de la dernière revision ;
- sur ces 12 malades ;
  - 1 était en fait un cancer ulcériforme
  - 9 ne s'étaient traités qu'au moment des poussées douloureuses ,
  - 2 seulement avaient suivi antérieurement un traitement correct et prolongé ;
- après nouvel essai thérapeutique 4 malades sur 12 se sont soumis à un contrôle radiologique : une seule fois la niche avait disparu .

b. Autres malades :

- 5 fois seulement sur 17 ,aucune niche n'était retrouvée au dernier examen
- mais si ces 5 malades s'étaient tous soumis à un traitement d'entretien de 3 mois en moyenne
- chez trois d'entre eux la dernière poussée douloureuse remontait à 6 mois et chez deux elle était plus rapprochée encore .

Il est donc impossible dans ces cas de parler de guérison .

Groupe II (32 cas)

a.- malades à coup sûr non guéris :

- 22 fois sur 32 existait une lésion au début de la dernière revision ;
- sur ces 22 malades non guéris :
  - 12 n'avaient eu auparavant qu'un traitement anarchique
  - 10 cependant avaient suivi un traitement prolongé pendant 2 à 18 mois
- 13 fois un contrôle radiologique a pu être pratiqué après une nouvelle tentative de traitement : dans 7 cas la niche avait disparu .

b.- Autres malades :

- 10 fois sur 22 la radiologie permettait lors du dernier examen d'affirmer l'intégrité gastrique ;
- dans tous ces cas, la qualité des traitements antérieurement suivis n'est pas contestable, puisque leur durée va de 2 mois à 3 ans ;
- mais si chez 5 d'entre eux la dernière poussée remontait à plus d'un an et demi, chez les 5 autres elle datait de moins de 8 mois .

C'est donc seulement chez un très petit nombre de malades qu'une guérison peut être espérée .

Groupe III (24 cas)

a.- Malades non guéris :

- 16 malades sur 23 radiographiés étaient trouvés porteurs d'une niche au dernier examen ;
- parmi ceux-ci :
  - 11 ne s'étaient jamais traités ou n'avaient suivi de traitement qu'à l'occasion de poussées douloureuses et de façon épisodique .

. 5 seulement avaient fait suivre un traitement d'attaque correct d'un traitement d'entretien de 3 à 6 mois ;

- sur ces 16 malades , 8 ont été à nouveau radiographiés après test thérapeutique : 6 fois la niche avait totalement régressé .

b.- Autres malades :

- 7 fois sur 23 l'estomac était radiologiquement normal lors du dernier examen ;
- le sérieux d'un traitement antérieur prolongé plus de 3 mois était évident chez 6 malades sur 7 ;
- cependant, deux d'entre eux avaient présenté une poussée évolutive moins de 8 mois auparavant ;

  Chez deux autres seulement, l'absence de rechute clinique et radiologique se maintenait depuis plus d'un an et chez les trois derniers depuis plus de 4 ans .

Ce n'est donc que chez ces 5 malades qu'il est permis d'envisager l'éventualité d'une guérison; encore convient-il de se garder de tout optimisme si l'on remarque que le temps relativement long depuis lequel ces malades présentent une apparence de guérison est en réalité bien court par rapport aux périodes de sédation prolongées qui caractérisent justement le groupe auquel ils appartiennent .

Groupe IV (9 cas)

a.- Malades non guéris :

- 7 sur les 8 malades qui ont été radiographiés au début de la dernière revision présentaient une niche .
- Parmi ces 7 malades, à coup sûr non guéris :
  - 2 n'avaient jamais reçu le moindre traitement
  - 4 s'étaient traités lors des poussées, mais de façon insuffisante ;
  - 1 seul suivait un traitement correct depuis 8 mois .
- Ces 7 malades ont été mis à un traitement d'attaque ; 5 ont ensuite pu être contrôlés radiologiquement: 2 fois la disparition de la niche était complète .

b.- Autres malades :

- Chez un seul des 8 malades radiographiés au dernier examen, il n'existait plus aucune lésion gastrique .

- Or, ce malade se traitait régulièrement depuis 6 mois, date à laquelle remontait sa dernière poussée .

Il ne peut donc être considéré comme guéri .

En définitive , de l'étude de ces données, dont quelques éléments chiffrés sont groupés sur les tableaux IV et V , trois ordres de constatations peuvent être dégagés :

- Une constatation d'ordre séméiologique :

l'absence relative de parallélisme entre la rechute clinique et sa traduction radiologique , celle-ci étant d'autant moins fréquente que les périodes d'accalmie sont plus brèves .

- Une constatation d'ordre thérapeutique :

l'efficacité certaine d'un traitement bien conduit , puisque la presque totalité des malades qui ne présentaient plus de niche au dernier examen, avaient suivi auparavant un traitement à la fois correct dans sa qualité et prolongé dans sa durée , alors que parmi les autres malades, radiologiquement non guéris, moins d'un tiers s'étaient astreints à un tel traitement .

Une nuance semble par ailleurs pouvoir être soulignée : la réceptivité moindre à la thérapeutique des ulcères à poussées fréquentes .

- Une constatation d'ordre pronostique :

la difficulté en matière d'ulcère de parler de guérison; en effet, si 23 malades sur 80 avaient au dernier examen un estomac radiologiquement normal, si chez 10 d'entre eux l'absence de rechute clinique et radiologique se maintenait depuis plus d'un an , on peut se demander si cette période de sédation, par ailleurs insuffisante pour conclure à une guérison définitive, n'est pas autre chose que le début d'une de ces accalmies plus ou moins longues qui caractérisent les Groupes II et III , auxquels ces 10 malades appartiennent tous .

Ainsi la rareté de la guérison définitive, surtout la difficulté d'en juger ne permettent pratiquement pas d'établir le parallèle souhaité entre possibilités de guérison, autrement dit potentiel évolutif de l'ulcère, et périodicité douloureuse .

b.- Autres malades :

- Chez un seul des 8 malades radiographiés au dernier examen, il n'existait plus aucune lésion gastrique .
- Or, ce malade se traitait régulièrement depuis 6 mois, date à laquelle remontait sa dernière poussée .

Il ne peut donc être considéré comme guéri .

En définitive , de l'étude de ces données, dont quelques éléments chiffrés sont groupés sur les tableaux IV et V , trois ordres de constatations peuvent être dégagés :

- Une constatation d'ordre séméiologique :

  l'absence relative de parallélisme entre la rechute clinique et sa traduction radiologique , celle-ci étant d'autant moins fréquente que les périodes d'accalmie sont plus brèves .

- Une constatation d'ordre thérapeutique :

  l'efficacité certaine d'un traitement bien conduit , puisque la presque totalité des malades qui ne présentaient plus de niche au dernier examen,avaient suivi auparavant un traitement à la fois correct dans sa qualité et prolongé dans sa durée , alors que parmi les autres malades, radiologiquement non guéris, moins d'un tiers s'étaient astreints à un tel traitement .

  Une nuance semble par ailleurs pouvoir être soulignée : la réceptivité moindre à la thérapeutique des ulcères à poussées fréquentes .

- Une constatation d'ordre pronostique :

  la difficulté en matière d'ulcère de parler de guérison; en effet, si 23 malades sur 80 avaient au dernier examen un estomac radiologiquement normal, si chez 10 d'entre eux l'absence de rechute clinique et radiologique se maintenait depuis plus d'un an , on peut se demander si cette période de sédation, par ailleurs insuffisante pour conclure à une guérison définitive,n'est pas autre chose que le début d'une de ces accalmies plus ou moins longues qui caractérisent les Groupes II et III ,auxquels ces 10 malades appartiennent tous .

Ainsi la rareté de la guérison définitive,surtout la difficulté d'en juger ne permettent pratiquement pas d'établir le parallèle souhaité entre possibilités de guérison, autrement dit potentiel évolutif de l'ulcère,et périodicité douloureuse .

TABLEAU IV

ETAT AU DERNIER EXAMEN

		Clinique		Radiologique		
		Nombre	%		Nombre	%
Groupes I - II	Nouvelle poussée ou complications	42	86	Avec niche	34	69
	Absence de douleur	7	14	Sans niche	15	31
		49	100 %		49	100 %
Groupes III-IV	Nouvelle poussée ou complication	24	73	Avec niche	23	74
	Absence de douleur	9	27	Sans niche	8	26
		33	100 %		31	100 %
Ensemble des 4 groupes	Nouvelle poussée ou complication	66	80	Avec niche	57	71,2
	Absence de douleur	16	20	Sans niche	23	28,8
		82	100 %		80	100 %
		Malades vus après au moins 5 ans d'évolution.			Malades radiographiés	

TABLEAU V

ETAT RADIOLOGIQUE AU DERNIER EXAMEN ET TRAITEMENT ANTERIEUR

	Nbre de malades présentant une niche au dernier examen	Nbre de malades présentant une niche et bien traités antérieurement.	%	Nbre de malades trouvés sans niche au dernier examen	Nbre de malades sans niche et bien traités antérieurement	%
Groupes I - II	34	12	35	15	15	100
Groupes III-IV	23	6	26	8	7	87,5
Ensemble des 4 groupes	57	18	31	23	22	96

C.- POTENTIEL EVOLUTIF de l' ULCERE

Chercher à savoir s'il existe un parallélisme entre la plus ou moins grande fréquence de la périodicité douloureuse et le potentiel évolutif de l'ulcère gastrique revient à préciser, dans chacun des groupes de malades envisagés, l'incidence d'un certain nombre de facteurs qui traduisent habituellement l'activité du processus évolutif :

Nous en étudierons trois :

I - Les Hémorragies digestives

II - La coïncidence d'ulcères doubles ou multiples

III - Le retentissement sur l'état général .

I - LES HEMORRAGIES DIGESTIVES

Ce sont elles qui constituent dans l'évolution de l'ulcère l'accident le plus fréquent et parfois le plus grave .

Nous étudierons donc essentiellement leur fréquence, ainsi que l'importance relative des différents facteurs qui jouent sur cette fréquence : sexe , âge, siège, d'abord sur l'ensemble de la population choisie, ensuite sur chacun des 4 groupes envisagés en essayant de voir s'il existe une relation entre le rythme plus ou moins accéléré des douleurs et l'apparition des accidents hémorragiques .

1.- Dans l'ensemble :

a.- Fréquence globale :

- sur 82 ulcères gastriques constituant l'ensemble de la population choisie, 19 ont présenté une

ou plusieurs hémorragies digestives, soit 23 % . Ce chiffre légèrement supérieur à celui classiquement admis en France, est comparable au chiffre de 22 % établi sur le groupe des 175 ulcères gastriques comprenant les malades opérés .

- Quatre fois , il s'agit d'hémorragies initiales, survenues soit lors de la première poussée douloureuse, soit en tant que premier symptome de l'ulcère et alors véritablement inaugurales ;

  Treize fois, l'hémorragie est apparue au cours même de l'évolution, faisant figure de complication soit unique, soit répétée ; chez deux malades une hémorragie initiale, puis une hémorragie complication ont émaillé l'évolution de la maladie .

b.- Fréquence selon le sexe :

Sur les 19 cas d'hémorragies étudiés :

14 sont des hommes (74 %)

5 des femmes (26 %)

pourcentages identiques à ceux tirés de l'ensemble des 175 ulcères gastriques pris comme base de comparaison (75 % d'hommes et 25 % de femmes).

Au cours de l'ulcère gastrique les risques de saignement sont les mêmes chez l'homme et chez la femme .

c.- Fréquence et âge :

Comparant dans le Tableau VI le nombre, en fonction de l'âge de l'ulcéreux au début clinique de la maladie, des 82 ulcères gastriques dans leur ensemble et celui des ulcères qui ont saigné, on voit que le risque hémorragique est maximum et de l'ordre de 30 % chez deux catégories de malades : ceux dont l'ulcère a débuté entre 20 et 30 ans et ceux chez qui il est apparu entre 50 et 70 ans .

TABLEAU VI

FREQUENCE DES ULCERES HEMORRAGIQUES ET AGE

Age	Totalité des ulcères Nombre	Ulcères hémorragiques Nombre	%
Moins de 20 ans	2	0	
20 - 29	15	5	33
30 - 39	17	3	
40 - 49	22	3	
50 - 59	16	4	25
60 - 69	9	4	44
70 ans et plus	1	0	
	82	19	23 %

d.- Fréquence selon le siège sur l'estomac :

L'examen du tableau VII montre :

- que plus de la moitié des ulcères qui ont saigné sont des ulcères de la petite courbure verticale ,
- que sur l'ensemble des 82 ulcères gastriques la fréquence du siège sur la petite courbure verticale est moindre et ne représente que le tiers des cas .

Il semble donc que l'ulcère de la petite courbure verticale soit le plus hémorragique des ulcères gastriques.

TABLEAU VII

REPARTITION SELON LE SIEGE

DE L'ENSEMBLE DES 82 ULCERES ET DES ULCERES HEMORRAGIQUES

	Totalité des ulcères		Ulcères hémorragiques	
	Nombre	%	Nombre	%
Doubles	10	12	2	10,5
Multiples	10	12	2	10,5
Pylore	5	6	1	5,3
P.C. horizontale	7	8,5	1	5,3
Angle	13	16	2	10,5
P.C. verticale	29	35	10	52,6
Sous-cardial	2	2,4	0	0
Face	6	7,3	1	5,3

2.- Dans les 4 groupes envisagés :

a. une première notion qui se dégage est la rareté des hémorragies et, en particulier, des hémorragies initiales dans les ulcères à poussées évolutives rapprochées : on ne trouve en effet qu'une seule hémorragie dans le Groupe I : il s'agit d'un moelena apparu après 10 ans d'évolution .

b. Le groupe II compte 11 hémorragies sur 32 malades ; mais, fait particulier, toutes les hémorragies initiales (soit 6 qui représentent le tiers de l'ensemble des hémorragies) se retrouvent dans ce groupe .

Comparant comme précédemment la fréquence des ulcères hémorragiques par rapport à l'ensemble des ulcères gastriques en fonction de l'âge de l'ulcéreux au début de la maladie, on met en évidence dans ce groupe le fait suivant, déjà évoqué :

ce sont les ulcères des âges extrêmes qui ont le plus de chances de saigner .

En effet, tous les ulcères ayant débuté entre 20 et 29 ans ont présenté une hémorragie et deux fois sur trois il s'agissait d'une hémorragie initiale ; parmi les ulcères ayant débuté entre 60 et 69 ans, plus de la moitié ont eu une hémorragie : une fois sur quatre seulement il s'agissait d'une hémorragie initiale .

Par contre, c'est dans le groupe des ulcères ayant débuté entre 30 et 59 ans que le risque hémorragique est le plus faible (20 %) .

Etudiant l'âge auquel est survenue l'hémorragie, on voit que 5 fois sur 11, soit dans près de la moitié des cas , elle s'observe après 50 ans .

Quant à l'influence du sexe ,elle ne peut valablement être déterminée du fait du petit nombre de sujets .

c. Sur les 24 ulcères du Groupe III, 6 se sont compliqués d'hémorragies apparues dans 4 cas après 50 ans .

La comparaison en fonction de l'âge entre le nombre des ulcères hémorragiques et celui de tous les ulcères formant ce groupe montre ici, à l'inverse des constatations faites dans le Groupe II :

- que parmi les ulcères ayant débuté après 60 ans, aucune hémorragie ne s'est produite ;
- et que le risque hémorragique est uniformément réparti entre tous les ulcères ayant débuté entre 20 et 60 ans, ce risque global étant par ailleurs comparable à celui du Groupe II ;

d. Dans le groupe IV, nous n'avons relevé qu'une seule hémorragie : un meloena apparu après plus de 20 ans d'évolution et suivi de deux hématémèses 6 ans et 2 ans plus tard.

e. Deux notions semblent encore intéressantes à souligner :

1.- l'une concerne la date d'apparition des hémorragies dans le cycle évolutif de la maladie ulcéreuse :

si après 10 ans d'évolution, un ulcère gastrique peut encore saigner dans plus du tiers des cas ; il est curieux de constater que dans le groupe II, 4 sur 7 des hémorragies complications sont survenues avant 5 ans d'évolution, alors que dans le groupe III, 5 sur 6 sont apparues après 5 ans d'évolution; ainsi l'allongement des périodes d'accalmie ne diminue en rien pour un ulcère donné les chances qu'il a de se compliquer d'hémorragie, mais semble en retarder simplement l'apparition éventuelle.

2.- l'autre concerne le siège des ulcères hémorragiques dans les groupes II et III, où l'on remarque que sur 17 ulcères qui ont présenté un saignement, 10 sont des ulcères de la petite courbure verticale, dont 4 chez la femme. Ces constatations complètent la remarque que nous avions faite dans un chapitre précédent : une femme qui a un ulcère de la petite courbure verticale verra le plus souvent ses poussées douloureuses séparées par des périodes d'accalmie relativement longues, par contre, le risque hémorragique chez elle ne sera pas négligeable.

<u>En définitive</u>,

l'absence presque complète d'hémorragies dans le groupe I, dont les ulcères présentent des poussées douloureuses fréquentes, répondent mal au traitement et se cicatrisent difficilement, leur présence à peu près exclusive au contraire, dans les groupes II et III, qui ne sont pas caractérisés par les périodes de sédation les plus courtes ; prouvent donc que, si l'existence d'hémorragies traduit bien un potentiel évolutif accru de l'ulcère, celui-ci ne peut être apprécié en fonction de la périodicité douloureuse.

II - LA COINCIDENCE D'ULCERES DOUBLES OU MULTIPLES

L'existence d'ulcères doubles ou multiples constitue un deuxième critère important d'évolutivité, puisqu'on peut concevoir que dans le premier cas l'association d'un ulcère duodénal joue un rôle sinon déclanchant, du moins favorisant de l'ulcère gastrique, et que dans le second cas, la multiplicité même des ulcères sur l'estomac témoigne d'une diminution des moyens de défense de celui-ci, susceptible de retentir sur la fréquence de la périodicité douloureuse.

Ici encore nous ferons une étude d'ensemble de ces ulcères, avant de voir, à propos de chaque groupe, leur rôle éventuel dans le rythme évolutif de la maladie.

1.- Dans l'ensemble :

a. Fréquence globale :

- Sur 82 cas, nous trouvons :

10 ulcères doubles (duodénaux et gastriques)
7 ulcères multiples
3 ulcères doubles et multiples à la fois.

C'est dire leur importance, puisque par ordre de fréquence, ils se placent immédiatement après les ulcères de la petite courbure verticale et ceux de l'angle.

b.-Fréquence selon le sexe :

- Dans les ulcères doubles, la répartition entre hommes et femmes est normale : 3 femmes et 7 hommes.

- Par contre, il faut souligner la rareté de l'ulcère multiple chez la femme, puisque sur 7 ulcères multiples, on ne trouve qu'une femme et pas une seule sur les 3 ulcères multiples comportant également un ulcère duodénal.

c.-Fréquence selon le siège :

Un fait curieux : sur 7 ulcères multiples, on trouve 7 fois un ulcère de la petite courbure verticale, associé à un ulcère ailleurs situé sur l'estomac.

d.-Particularités symptomatiques :

Qu'il s'agisse d'ulcères doubles ou d'ulcères multiples, on est frappé par la fréquence relative des vomissements (11 cas sur 20) au cours du syndrome clinique initial, alors que sur l'ensemble de la

population choisie cette fréquence est au moins deux fois plus faible . Une explication peut être trouvée dans le fait que dans la presque totalité des cas de vomissements, il existe soit un ulcère du bulbe, soit un ulcère pylorique ou pré-pylorique .

e.-Fréquence des hémorragies :

Nous en avons relevé 2 cas sur les 10 ulcères doubles et 2 cas sur les 7 ulcères multiples .

f.- Etat au dernier examen :

Les trois quarts des malades ont été revus à l'occasion d'une nouvelle poussée ou d'une complication ; mais des divergences apparaissent en ce qui concerne leur état radiologique lorsqu'on sépare ulcères doubles et ulcères multiples :

- sur 10 ulcères doubles radiographiés lors de la dernière revision, la niche gastrique est mise en évidence 9 fois. Dans 8 cas d'ailleurs, le traitement antérieur avait été nul ou limité à la durée des poussées douloureuses , et après nouvel essai thérapeutique, la disparition radiologique a été obtenue 2 fois sur 4 .

- sur 10 ulcères multiples au contraire,

  . 5 fois on ne trouve plus de niche (soulignons que ces 5 malades avaient suivi antérieurement un traitement prolongé de 2 à 14 mois) ;

  . 5 fois existe une lésion (deux malades seulement avaient été traités antérieurement pendant plusieurs mois) ,

  et après un nouvel essai thérapeutique, un contrôle radiologique en a montré la disparition 2 fois sur 3 .

La présence concomittante ou successive de plusieurs ulcères gastriques n'aggrave donc pas particulièrement le devenir spontané ou thérapeutique de la maladie contrairement à ce qui semble se produire dans le cas des ulcères doubles .

2.- Dans les 4 groupes envisagés :

a.- La grande majorité des ulcères doubles ou multiples se retrouve dans les groupes II et III, en particulier ,

8 des 10 ulcères doubles ,

et 6 des 10 ulcères multiples .

Ce qui est surtout frappant c'est la rareté de tels ulcères dans le groupe I : 2 ulcères multiples et 1 ulcère double sur les 17 ulcères qui composent ce groupe . Ainsi le fait pour un malade de présenter plusieurs ulcères gastriques ou d'associer à un ulcère duodénal un ulcère gastrique ne signifie pas fordément pour lui la répétition à intervalles rapprochés de ses poussées douloureuses .

b.- Mais en ce qui concerne plus particulièrement les ulcères doubles, la rareté chez eux des douleurs subintrantes ne s'accompagne pas pour autant d'une diminution de leur potentiel évolutif,puisqu'après plus de 5 ans d'évolution, l'existence d'une image radiologique 8 fois sur 8 dans les groupes II et III en prouve la persistance .

Il s'agit,bien entendu, plus d'une impression clinique que d'une affirmation statistique, que le petit nombre de nos cas ne permet pas d'énoncer .

En définitive, il ressort de cette étude deux notions :

1.- Les ulcères doubles sont particulièrement évolutifs, mais ce potentiel accru d'évolutivité n'est pas parallèle à la périodicité douloureuse .

2.- Les ulcères multiples , au contraire, ne sont pas plus évolutifs que l'ensemble des ulcères gastriques et leur réceptivité à la thérapeutique n'est pas moindre .

III - LE RETENTISSEMENT GENERAL

Il peut , à un moindre degré, servir de critère pour juger du potentiel évolutif de l'ulcère gastrique .

Nous nous bornerons simplement à remarquer que vomissements et diarrhée, étudiés en raison ,moins de leur fréquence que de l'importance du retentissement sur l'état général qu'ils entraînent , se retrouvent dans les groupes I et II avec une fréquence double de celle relevée dans les groupes III -IV .

De même l'amaigrissement a été noté 10 fois sur 49 cas dans les groupes I - II et 3 fois sur 33 cas dans les groupes III-IV.

Le parallélisme semble donc net ici entre la fréquence de la périodicité douloureuse et le retentissement général .

C O N C L U S I O N S

I.- Sur un groupe de 219 ulcères gastriques ont été retenues pour ce travail, 82 observations concernant des malades ;

chez qui le diagnostic radiologique est absolument certain ;

dont l'évolution clinique de l'ulcère est supérieure à cinq ans ;

et n'ayant subi qu'un traitement médical .

- Dans 96 % des cas, l'ulcère a débuté cliniquement à un âge compris entre 20 et 70 ans , et

dans 67 % des cas entre 30 et 60 ans .

- D'autre part, 54 malades étaient des hommes , soit 66 %

28 malades étaient des femmes, soit 34 % .

- Le siège sur l'estomac des ulcères se situe avant tout sur la petite courbure vertic. , - 29 cas , soit 35 % ,et sur l'angle - 13 cas, soit 16 % .

Les ulcères des faces ont été observés essentiellement chez la femme .

Enfin,il existe 10 ulcères doubles (gastriques et duodénaux) et 10 ulcères multiples .

II.-Sur cette population a été menée une étude tendant à caractériser l'évolutivité de l'ulcère (à savoir essentiellement les possibilités de guérison ou de complications) en fonction de la périodicité douloureuse .

Quatre catégories de malades ont été ainsi distinguées , selon la plus longue période de sédation :

<u>Groupe I</u> : période égale ou inférieure à 6 mois: 17 malades .

<u>Groupe II</u> : période supérieure à 6 mois,mais inférieure à 3 ans : 32 malades .

<u>Groupe III</u> : période comprise entre 3 ans et 10 ans 24 malades .

Groupe IV : période égale ou supérieure à 10 ans : 9 malades .

III.- L'étude des facteurs étiologiques n'a pas permis d'établir de différence nette entre les quatre groupes :

- la répartition des sexes ;
- l'âge de début de l'ulcère ;
- les notions professionnelles sont sensiblement identiques dans les quatre groupes .

IV.- La symptomatologie clinique par contre autorise une première distinction :

- si l'existence d'un syndrome ulcéreux typique se situe dans les quatre groupes avec une égale fréquence, il semble, au contraire, qu'il y ait une différence de répartition dans les syndromes hypersthéniques et hyposthéniques ,puisque ceux-ci sont conjointement observés plus souvent dans les groupes I et II .
- Ce résultat coïncide avec le fait que les antécédents douloureux pré-ulcéreux se retrouvent à peu près exclusivement dans les groupes I et II .

V.- Le tubage gastrique paraît donner une explication de ces faits, puisque l'association hyposecrétion-hypochlorhydrie,dont on sait qu'elle témoigne d'une gastrite biologique, est plus souvent observée dans les groupes I et II .

VI.- En ce qui concerne le siège, quelques faits particuliers peuvent être dégagés :

1.- Dans l'absolu :

- la fréquence relative dans le groupe I des ulcères de la petite courbure horizontale et des ulcères sous-cardiaux,qui paraissent donc les plus mal supportés;
- la fréquence très importante dans le groupe II des ulcères de la petite courbure verticale .

2.- En fonction du sexe :

- la fréquence chez la femme des ulcères de la petite courbure verticale à périodicité relativement courte, puisque près de la moitié des femmes se placent dans le groupe II et que, dans ce groupe, deux femmes sur trois, ont un ulcère de la petite courbure verticale.

VII.- L'état du malade au dernier examen donne un reflet d'éventuelles possibilités de guérison après cinq ans d'évolution .

1.- Le pourcentage de niches encore mises en évidence lors de la dernière revision est légérement inférieur dans le groupe I-II (34/49) par rapport au groupe III-IV (23/31).
Il est donc certain que près de 3 malades sur 4 ne sont pas guéris après cinq ans d'évolution; mais il faut souligner que 30 % seulement d'entre eux avaient suivi, avant ce dernier examen, un traitement correct et prolongé de plusieurs mois .

2.- Parmi les malades chez lesquels le dernier examen n'a pas retrouvé de niches, 96 % avaient suivi un traitement correct et prolongé . Il semble cependant difficile de parler ici de guérison, car , dans moins de la moitié des cas (43 %), l'absence de rechute radiologique se maintenait seulement depuis plus de 18 mois ; par ailleurs, il s'agit uniquement de malades des groupes II et III, donc ayant de fortes chances de se trouver dans une période d'accalmie relativement longue .

VIII.- Les hémorragies prises comme critère d'évolutivité de l'ulcère ne semblent pas se superposer à la classification basée sur le rythme des douleurs .

En effet, presque toutes les hémorragies se retrouvent dans les groupes II et III, qui ne sont pas les plus évolutifs .

IX.- En définitive , en regroupant les catégories I-II et III-IV, on aboutit à distinguer deux types d'ulcères :

1.- Ceux dont le rythme évolutif est relativement court (inférieur à 3 ans) et qui groupe 60 % des cas .

- Il s'agit essentiellement d'ulcères de la petite courbure , en particulier horizontale et sous-cardiale;
- dont le retentissement sur l'état général est net ,
- dont les atypies de la symptomatologie douloureuse sont relativement fréquentes et qui présentent une souffrance biologique de la muqueuse assez remarquable,
- chez lesquels les hémorragies initiales sont particulièrement fréquentes ,
- qui semblent enfin donner un pourcentage de rechute relativement moins élevé que dans le groupe opposé ,

mais qui, par contre, réagissent moins bien à un nouveau traitement .

2.- Ceux dont le rythme évolutif peut être long (égal ou supérieur à trois ans) et qui groupe 40 % des cas .

- Leur retentissement sur l'état général est discret ,
- Les atypies de la symptomatologie douloureuse y sont plus rares, de même que les signes biologiques de gastrite ,
- les hémorragies inaugurales y sont exceptionnelles ,
- enfin, si les rechutes radiologiques semblent légèrement plus fréquentes que dans le groupe précédent, leur capacité de répondre favorablement à un nouveau traitement est, par contre, plus importante .

VU & PERMIS D'IMPRIMER

Le RECTEUR de l'ACADEMIE
de PARIS :

J. S A R R A I L H.

Le DOYEN de la FACULTE de
MEDECINE de PARIS :

Léon B I N E T.

LE PRESIDENT de la THESE :

JUSTIN-BESANCON.